



年 月 日

診療情報地域連携システム参加同意書送信票

施設名 \_\_\_\_\_ 御中

施設名 \_\_\_\_\_ 担当

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

下記患者様の地域連携にあたり、この度、別紙のとおり参加の同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

ふりがな				明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日
患者番号				
患者住所	〒			
診療科		主治医	電話 ( ) -	
備考				